

MESURE POUR QUART ADDITIONNEL DE FIN DE SEMAINE  
PRIME (#692 sc 02) – 200 \$  
Formulaire

Période d'inscription : pour les quarts additionnels travaillés depuis le 23 septembre 2021

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro d'employé : \_\_\_\_\_

Montant forfaitaire de 200\$ pour la personne salariée ayant travaillé un ou des quarts complets additionnels de fin de semaine, en surplus de son horaire régulier.

- La personne salariée doit avoir travaillé sur son horaire régulier les sept jours qui précèdent et qui suivent le quart de travail additionnel de fin de semaine.
- Les congés fériés prévus à l'horaire de même que les congés de nuit, dans le cas des personnes salariées qui s'en prévalaient avant le 23 septembre 2021, sont les seules absences permises aux fins d'admissibilité de ce montant forfaitaire.
- Aucun prorata n'est applicable pour cette mesure. Il doit s'agir de quarts additionnels complets.

Engagement

Je m'engage, à titre de **personne salariée**, à respecter mon horaire régulier les 7 jours qui précèdent et qui suivent le ou les quarts de travail additionnels de fin de semaine.

Quart(s) additionnel(s) travaillé(s) sur une fin de semaine :

Date : \_\_\_\_\_  Jour  Soir  Nuit

Date : \_\_\_\_\_  Jour  Soir  Nuit

Date : \_\_\_\_\_  Jour  Soir  Nuit

Date : \_\_\_\_\_  Jour  Soir  Nuit

ET

Je comprends que tout congé, à l'exclusion d'un congé férié ou congé de nuit prévu à l'horaire avant le 23 septembre 2021, annulera le versement du montant forfaitaire de 200\$.

Je, soussigné(e), déclare avoir lu et compris l'ensemble des informations du présent engagement :

Signature du candidat :

Date :

Signature du supérieur immédiat :

Retourner le formulaire à l'adresse suivante : [soutienhoraire.cisssca@ssss.gouv.qc.ca](mailto:soutienhoraire.cisssca@ssss.gouv.qc.ca)

Réservé à la DRHCAJ

Reçu le : \_\_\_\_\_

Saisie de l'information: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_